

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL
CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN/NEGACIÓN DE BENEFICIOS**

(County Stamp)

Nombre del caso: _____
 Número del caso: _____
 Distrito: _____
 Esto afecta: _____
(Nombres)

Su solicitud para beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) ha sido aprobada. Su período de la certificación de CMSP comienza el primer día de (mes/año) _____ y termina el último día de (mes/año) _____. Usted será elegible como sigue:

Mes:	_____	_____	_____ a _____
Ingreso brutos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos netos no exentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
200% FPL*:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Elegible para el mes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Costo de mantenimiento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos en exceso/parte del costo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

* Si esta información indica que usted no es elegible por un mes en particular, es porque su ingresos netos que no son exentos excedirían el Programa de 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL).

Para los meses que indican que usted es elegible, pronto recibirá su Tarjeta de Identificación de Beneficios de plástico (BIC). No tire esta tarjeta. Esta tarjeta es buena mientras usted es elegible para CMSP. Lleve esta tarjeta plástica a su farmacia, médico o otro proveedor de Medi-cal/CMSP cuando usted solicita servicios médicos. Su BIC le indicará a su proveedor si usted tiene un parte del coste que debe pagar. La cantidad que usted tiene que pagar o obliga a los proveedores médicos será computada automáticamente. Después de que se haya pagado el total o comprometido a pagar su parte del coste total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos recibidos ese mes de los proveedores del cuidado de salud.

Además del la tarjeta BIC de plástico descrita arriba, usted pronto recibirá una tarjeta de los beneficios de farmacia de MedImpact. Usted debe presentar esta tarjeta junto con la tarjeta BIC a su farmacia cuando obtenga medicaciones y otros servicios de la farmacia.

La elegibilidad para CMSP se limita a las personas entre 21 a los 64 años.

CMSP ahora limita el tiempo de su elegibilidad. Le discontinuarán automáticamente del CMSP al fin del mes indicado arriba. Si usted continúa necesitando la ayuda después de la fecha de la discontinuación, usted puede reaplicar empezando en el último mes de su elegibilidad. Por favor no reaplique antes.

Nombre del trabajador(a) de elegibilidad	Número de teléfono	Fecha
--	--------------------	-------

No tire su tarjeta de identificación de CMSP. Usted puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo para CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere esta acción esta en la carta "CMSP All County Letter No. 04-07" o en las secciones apropiadas del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

LEA POR FAVOR EL LADO INVERSO DE ESTA NOTA.